

## REHABILITATION

# Nachhaltige Bewegungstherapie

Rehaforscher und Kliniken erproben verhaltensbezogene Ansätze, um die Nachhaltigkeit der Bewegungstherapie zu erhöhen. „Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz“ soll Patienten zu einem körperlich aktiven Lebensstil verhelfen.

Nach Berechnungen der Deutschen Rentenversicherung Bund belaufen sich die bewegungstherapeutischen Leistungen für einen Patienten in der medizinischen Rehabilitation auf durchschnittlich 12,1 Stunden pro Woche. Sie hätten so annähernd 70 Prozent der Behandlungszeit erreicht, wenn man Physiotherapie, Sporttherapie und Bewegungselemente aus Ergo- und Rekreationstherapie unter dem Oberbegriff der Bewegungstherapie zusammenfasst. Doch gelingt es nur weni-

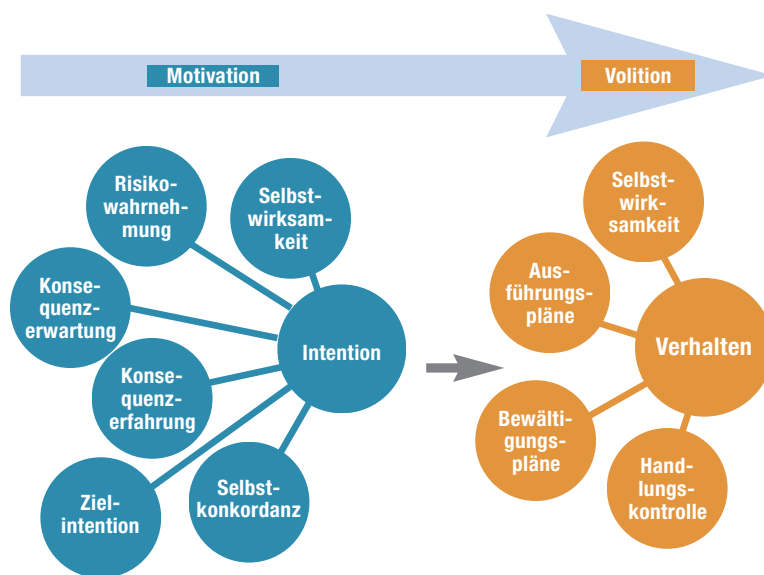
bes Ausdauertraining von mindestens zweieinhalb Stunden pro Woche oder eine intensivere Belastung mit halber Dauer, jeweils ergänzt durch Muskeltraining. Nationale Gesundheitsstudien belegen aber, dass das Gros der Bevölkerung damit überfordert ist.

„Körperliche Aktivität besitzt ein hohes präventives und rehabilitatives Potenzial. Daher muss die Bewegungstherapie ihre Konzepte zugunsten einer höheren Nachhaltigkeit erweitern“, betont der Sportwissenschaftler Prof. Dr. phil. Klaus

bilitation („BewegtheReha“). Die Projektleitung teilen sich Pfeifer und Prof. Dr. phil. Gordon Sudeck, ebenfalls AG-Mitglied. Erste Ergebnisse zeigen, dass man sich der Nachhaltigkeitsproblematik vor Ort bewusst ist. So stuften 539 befragte Fachabteilungsleiter den „Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag“ übereinstimmend als wichtige, jedoch mäßig beeinflussbare Problemlage ein, berichtete das Team auf dem Deutschen Kongress für Rehabilitationsforschung im März in Aachen (2). Zugleich zeigten Angaben zum Bewegungsangebot, dass schon bei 46 Prozent der Gruppenleistungen Schulungselemente einbezogen werden. Im Projektablauf ist ein intensiver Diskurs mit den Bewegungstherapeuten vorgesehen, um sich über praxistaugliche Konzepte auszutauschen.

GRAFIK 1

## Zehn Determinanten körperlich-sportlicher Aktivität



modifiziert nach: HAPA (Schaerer, 2004); integratives Modell zur Motivation und Volition (Höner et al., 2004); MoVo Prozessmodell (Fuchs, 2007)

### Genaue Planung hilft

Dabei steht das Anbahnen eines körperlich aktiven Lebensstils durch „bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz“ im Mittelpunkt. Diese umfasst neben der Bewegungskompetenz (Fähigkeiten in Ausdauer, Kraft, Koordination, Beweglichkeit) zwei weitere Dimensionen: „Steuerungskompetenz“ befähigt durch Kenntnisse und Eigenwahrnehmung dazu, ein Körpertraining gesundheitsbezogen auszuwählen und zu bemessen; „Selbstregulationskompetenz“ beruht auf psychologischen Faktoren und Techniken, die von der Zielsetzung bis zur Umsetzung benötigt werden, so etwa die innere Übereinstimmung mit dem Vorhaben („Selbstkonkordanz“, idealerweise als intrinsische Motivation) und Zuversicht beim eigenen Handeln („Selbstwirksamkeitserwartung“). „Personen mit einer hohen Selbstre-

gen Patienten, nach der Rehabilitation bewegungsaktiv zu bleiben, ob mit regelmäßigem Sport oder vermehrten Alltagsaktivitäten wie zum Beispiel Fahrradfahren (5, 6). Niedergelassene Ärzte erleben allzu oft, wie schwer sich Patienten mit einer indizierten Lebensstiländerung tun. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt Erwachsenen mit und ohne chronischen Erkrankungen ein aero-

Pfeifer aus Erlangen, Sprecher der interdisziplinären „Arbeitsgruppe Bewegungstherapie“ in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Um die Qualitätsentwicklung auf eine breite Datengrundlage zu stellen, fördert die Rentenversicherung ein Projekt zur bundesweiten Bestandsaufnahme der bewegungstherapeutischen Versorgung in der medizinischen Reha-

**Kompetente Selbstregulation befähigt zu regelmäßiger sportlicher Aktivität.**

gulationskompetenz haben eine starke Absicht, regelmäßig sportlich aktiv zu sein (Motivation). Sie können zudem im Voraus planen, was sie wann machen wollen und diese Planung gegen Alltagswidrigkeiten abschirmen (Volition)“, erläuterten Rehawissenschaftler auf einer Fachtagung zur Bewegungstherapie im vergangenen Jahr (6). Die Crux, dass gute Vorsätze im

ge unterstützen „Hausaufgaben“ zur Selbstbeobachtung und zwei Kontakte (schriftlich und telefonisch). Die Effekte betragen bei einer Untersuchung mit 220 Rehabilitanden – die anfangs keinerlei Sport trieben – nach einem Jahr durchschnittlich 28 Trainingsminuten pro Woche, um welche die MoVo-LISA-Teilnehmer die Kontrollgruppe übertrafen (insgesamt: 96 versus 68 Minuten) (3).

„Verträgen“ sowie Handlungs- und Bewältigungsplänen zu kombinieren (Evidenzklasse A). Allerdings sei die Suche nach den effektivsten Interventionsstrategien „in vielerlei Hinsicht noch nicht abgeschlossen“.

**Sport gegen Stress**

Weiteres Optimierungspotenzial sehen die Rehaforscher in einer verstärkten Patientenorientierung. „Sehr enge Empfehlungen, zum Beispiel Walking, Schwimmen, ohne Berücksichtigung der individuellen Erfahrungen“ werden in einer Studie, hier mit älteren Patienten nach einer Gelenkoperation, als kontraproduktiv eingestuft (1). „Bewegungstherapeutische Inhalte sollten an die Ausgangslagen der Teilnehmenden angepasst werden“, fordert Pfeifer. Das betreffe neben der körperlichen Leistungsfähigkeit vor allem „bedeutsame psychische Handlungsvoraussetzungen wie aktuelle Ziele und Motive und Sportererfahrungen im Lebenslauf“.

Für junge Erwachsene wurden bereits motivbasierte Programme für den Freizeit- und Gesundheitssport entwickelt. Für die Rehabilitation haben Sudeck und der Heidelberger Sportwissenschaftler Prof. Dr. phil. Gerhard Huber bei 1 075 Patienten ebenfalls Motive untersucht und personale Merkmale erarbeitet (4). Diese bilden überwiegend motivational-volitionale Voraussetzungen ab (zum Beispiel Planungserfahrung, Selbstwirksamkeit, affektive Einstellung) und den motorischen Funktionszustand. Die Forscher entwickelten Patientenprofile und ein computergestütztes Screening. Es könnte die Eingangsdiagnostik ergänzen und dazu dienen, Therapiebausteine je nach Ressourcen und Defiziten der Patienten auszuwählen und zu kombinieren. In einem Feedback brachten Rehabilitanden aber auch Bedürfnisse jenseits instrumenteller Kompetenzen zur Sprache, so Stressabbau durch Sport, Freude an Bewegung, soziale Aspekte oder „herauszufinden, was man gerne machen würde“.

Leonie von Manteuffel

@ Literatur im Internet:  
www.aerzteblatt.de/lit3516  
oder über QR-Code.



**GRAFIK 2**

**Körperliche Aktivität**

Alle körperlichen Bewegungen, die den Einsatz größerer Muskelgruppen verlangen und zu einem Anstieg des Energieverbrauchs führen

**Bewegungsaktivität in Beruf, Alltag, Freizeit**

zum Beispiel körperliche Arbeit, Treppensteigen, Wege mit dem Fahrrad fahren, Gartenarbeiten -

ist vor allem instrumentelle Aktivität

**Sportaktivität im weiteren und engeren Sinn**

zum Beispiel von Yoga, Wandern, Gymnastik bis hin zu wettkampforientierten Sportarten wie Fußball, Tanzsport, Leichtathletik -

ist Aktivität, die um ihrer selbst willen (Spaß, Genuss), aus personalen, sozialen und/oder gesundheitlichen Gründen ausgeübt wird

**Körperliche Aktivität** besitzt ein hohes rehabilitatives Potenzial.

modifiziert nach: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2015; 23 (2), 60–76.

„Handlungsloch“ zwischen Wollen und Tun versickern, liegt vielfach in einer defizitären Volition begründet. In psychologischen Modellen der Verhaltensänderung sind beide Phasen mit Determinanten und Wechselwirkungen beschrieben.

Ein Beispiel für ein Programm mit volitionalem Schwerpunkt ist „MoVo-LISA“ (ein Motivations-Volitions-Programm für lebensstilintegrierte sportliche Aktivität). Es umfasst sechs Module für chronisch kranke Patienten in der Orthopädie. In einem Einzel- und zwei Gruppengesprächen werden Vorerfahrungen erkundet und individuelle Gesundheitsziele und Ideen für Aktivitäten am Wohnort erarbeitet, die in „Handlungspläne“ münden: „Was will ich wann, wo und wie lange tun?“ Die Rehabilitanden sollen das so präzise wie möglich formulieren. In „Bewältigungsplänen“ bereiten sie Strategien für Hindernisse im Alltag vor, etwa einen „Plan B“ („Wenn es regnet, laufe ich die Waldstrecke.“) oder Selbstinstruktionen („Ach, jetzt schwing dich auf!“). In der Nachsor-

Auch psychologische Faktoren verbesserten sich, wie das Freiburger Team um Prof. Dr. phil. Reinhard Fuchs vermerkte, der das MoVo-Konzept entwickelte.

**Tagebücher empfehlenswert**

Die Wirksamkeit verhaltensbezogener Ansätze unterstreicht, neben weiteren Studien unter anderem mit digitalen Nachsorgekonzepten, eine Metaanalyse mit 129 Studien zur Patientenschulung. Die Interventionen seien „in der Gesamtbetrachtung effektiv“, fasste die AG Bewegungstherapie in einer Stellungnahme zusammen (3). Die wöchentliche Aktivitätsdifferenz lag im Mittel bei 48 Minuten. Dabei hatte die Selbstbeobachtung beim häuslichen Transfer „den höchsten eigenständigen Erklärungswert“. Die AG Bewegungstherapie empfiehlt daher, diese Methode systematisch zu unterstützen (zum Beispiel Einsatz von Bewegungstagebüchern, Trainingsdokumentation) und sie mit vielfältigen Bewegungserfahrungen, Feedback über die Bewegungsleistung,

## LITERATURVERZEICHNIS HEFT 35–36, ZU:

## REHABILITATION

# Nachhaltige Bewegungstherapie

Rehaforscher und Kliniken erproben verhaltensbezogene Ansätze, um die Nachhaltigkeit der Bewegungstherapie zu erhöhen. „Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz“ soll Patienten zu einem körperlich aktiven Lebensstil verhelfen.

## LITERATUR

1. Deprins J, Geidl W. et al.: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: inhaltliche Ausrichtung und Standardisierungsgrad. Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsaufnahme, in: DRV-Schriften Band 109, 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen, Berlin 2016, 316 f.
2. Geidl W, Hofmann J et al.: Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil, Die Rehabilitation 51, 2012, 259–268 (Stellungnahme der AG Bewegungstherapie).
3. Huber G, Sudeck G: Entwicklung einer person-orientierten Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation, Abschlussbericht Heidelberg/Tübingen 2014.
4. Huber G: Passung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation, Abschlussbericht, Heidelberg o. D.
5. Pfeifer K: Menschen in Bewegung bringen – eine Herausforderung für die Gesundheitsförderung!, Erlangen-Nürnberg o. D. (Präsentationsfolien).
6. [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) -> Rente & Reha -> Rehabilitation -> Fachinformationen -> Infos für Reha-Einrichtungen -> Fort- und Weiterbildung -> Fachtagung Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (Download Präsentationsfolien).